

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدويةها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماحدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : .....  
 رقم الانخراط : .....  
 رقم التسجيل : .....  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\* : .....  
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : .....  
 Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐  
 العنوان : .....  
 Adresse : .....  
 مبلغ المصاريف (درهم) : .....  
 Montant des frais (Dhs) : .....  
 عدد الوثائق المرفقة : .....  
 Nombre de pièces jointes : .....

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
 الاسم العائلي والشخصي : .....  
 تاريخ الأزيداد : .....  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 الجنس\* : .....  
 Bénéficiaire de soins  
 Nom et prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 N° CIN : .....  
 Sexe\* : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى ☐

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلال للممارس : .....  
 نوع العلاجات  
 N° INP : .....  
 Type de soins  
 Maladie \* ☐ مرض \* ☐  
 Maternité \* ☐ أمومة \* ☐  
 Hospitalisation \* ☐ إستشفاء \* ☐  
 Accident \* ☐ حادث \* ☐  
 تم تقديم الظرف المغلق \* : ☐ Oui ☐ Non  
 Pli confidentiel remis\* : .....  
 تاريخ الحمل : .....  
 Date de grossesse : .....  
 التاريخ المرتقب للولادة : .....  
 Date prévue d'accouchement : .....  
 تاريخ الاستشفاء : .....  
 Date d'hospitalisation : .....  
 تاريخ الحادث : .....  
 Date d'accident : .....  
 أسباب الحادث : .....  
 Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
 J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
 Fait à : .....  
 في : .....  
 توقيع المؤمن له (لها)  
 Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 Fait à : .....  
 في : .....  
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien  
 - \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* لشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التماحدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....

